



भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 39]

नई दिल्ली, बुधवार, फरवरी 13, 2013/माघ 24, 1934

No. 39]

NEW DELHI, WEDNESDAY, FEBRUARY 13, 2013/MAGHA 24, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 7 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
(बीमा दलाल) (दूसरा संशोधन) विनियम, 2013

फा. सं. बी.वि.वि.प्रा./वि./6/64/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है अर्थात् :-

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

- (1) ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) (दूसरा संशोधन) विनियम, 2013 कहलाएंगे।
- (2) ये सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख से प्रभावी होंगे।

2. आवेदन पर विचार

- (1) खंड 9(3) निम्नलिखित के लिए प्रतिस्थापित किया जाएगा :-

"बीमा दलाल की ओर से बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार किसी भी कर्मचारी को उपर्युक्त उप-विनियम (1) और (2) में उल्लिखित अपेक्षा पूरी करनी होगी। ऐसे कर्मचारियों की एक सूची इस विनियमावली की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म ई में प्राधिकरण को उपलब्ध कराने तथा प्राधिकरण द्वारा अभिस्वीकृत किये जाने की आवश्यकता होगी।"

पूँजीगत आवश्यकता

(II) विनियम 10(1) के बाद एक नया विनियम 10 (1अ) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है
10(1अ) बीमा दलाल प्रत्येक वर्ष 30 जून को अथवा उससे पहले अपनी पूँजी संरचना के संबंध में सूचना और शेषधारिता का विवरण वार्षिक रूप से

प्रस्तुत करेगा। इसके अलावा, पूँजी संरचना में कोई भी परिवर्तन 30 दिन के अंदर इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म

ओ में सूचित किया जाएगा।

लाइसेंस का नवीकरण

- (iii) विनियम 13(4) के अंतर्गत 'फार्म बी' शब्दों को "इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म सी" से प्रतिस्थापित किया जाता है।

लाइसेंस प्रदान करने से अस्वीकृति को लागू करना

- (iv) विनियम 15 के अंतर्गत "विनियम 13(2)" शब्दों को "विनियम 14(2)" से प्रतिस्थापित किया जाता है।

लाइसेंस की अनुलिपि जारी करना

- (v) विनियम 16(1) के अंतर्गत 'आवेदन' से पहले "अनुसूची I में दिये गये निर्धारित फार्म में" शब्द जोड़े जाएँगे।
विनियम 16(2) के अंतर्गत "फार्म बी में" शब्दों को "इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म आर में" से प्रतिस्थापित किया जाता है।

जमा संबंधी अपेक्षाएँ

- (vi) विनियम 22(1) के बाद एक नया विनियम 22(1अ) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है।
'इस प्रकार की मीयादी जमाराशि का विवरण इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म I में प्रस्तुत किया जाएगा'

खाता-बहियों, अभिलेखों, आदि का रखरखाव

- (vii) विनियम 25(2) के अंतर्गत 'लेखा-परीक्षकों की रिपोर्ट' शब्दों के बाद निम्नलिखित शब्द जोड़े जाते हैं। 'पैन, डीआइएन के संबंध में विवरण और घोषणा सहित'

प्राधिकरण को प्रकटीकरण

- (viii) विनियम 28(1) के बाद एक नया विनियम 28(2) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

'बीमा दलाल इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये संबंधित फार्मों में (नीचे विनिर्दिष्ट रूप में) निम्नलिखित का प्रस्तुतीकरण करेगा'।

क. लेखा-परीक्षा की व्यवस्था फार्म डी में

ख. लाइसेंस प्रदान करने/नवीकरण करने/किसी कार्यालय को स्थापित करने या बंद करने के समय पंजीकृत और शाखा कार्यालयों के बारे में सूचना फार्म एफ में

ग. अन्य दलालों और सेवा प्रदाताओं के साथ स्थायी व्यवस्था फार्म जी में

घ. वर्ष की समाप्ति के दौरान व्यवसाय की व्याप्ति फार्म एच में

ङ. बीमा बैंक खातों की प्रस्तुति फार्म जे में

च. चालू व्यावसायिक क्षतिपूर्ति बीमा फार्म के में

छ. दावों का डेटा फार्म एल में

ज. पुनर्बीमा की बकाया शेबराशियाँ फार्म एम में

झ. पुनर्बीमा दलाली के लिए सुरक्षा अनुवीक्षण कार्यवाही फार्म एन में

ञ. निदेशक बोर्ड/साझेदारों और प्रबंधक-वर्ग का विवरण फार्म पी में

ट. दलालों का वित्तीय डेटा फार्म क्यू में

ठ. दलालों के व्यवसाय का विवरण फार्म एस में

ड. संगठन की संरचना फार्म टी में

ढ. पुनर्बीमा व्यवसाय का विवरण फार्म यू में

जे. हरिनारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/अस.]

अनुसूची 1 - फार्म ए

लाइसेंस प्रदान करने/लाइसेंस का नवीकरण करने के लिए आवेदन

अनुसूची 1 (फार्म ए)

महत्वपूर्ण अनुदेश :

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002
लाइसेंस प्रदान करने/लाइसेंस का नवीकरण करने के लिए आवेदन

कृपया स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड
---	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	------	----	----	----	----	----	---------	------	-----	-----

टिप्पणी :

1. यह महत्वपूर्ण है कि यह आवेदन फार्म भरने से पहले प्राधिकरण द्वारा बनाये गये विनियम ध्यानपूर्वक पढ़े जाएँ ।
2. आवेदक प्राधिकरण को अवश्य विखिन्त भरा गया आवेदन फार्म सभी उपयुक्त, सम्बन्धित दस्तावेजों के साथ प्रस्तुत करें ।
3. लाइसेंस के लिए आवेदन पर तभी विचार किया जाएगा जब वह सभी प्रकार से पूर्ण हो ।
4. आवेदक आवेदनपत्रों पर स्वयं हस्ताक्षर करें ।
5. सूचना जहाँ विस्तृत रूप में देने की आवश्यकता हो, यहाँ अलग पत्रको पर दी जाए बिना आवेदन फार्म के साथ संलग्न किया जाना चाहिए ।
6. यदि आवेदक स्थापित प्रतिक्रान, फर्म अथवा कंपनी नहीं है, तो इस फार्म में मौगी गई सूचना अपेक्षाओं को उचित रूप से अपनाने हुए दी जाएगी ।

वर्तमान लाइसेंस का विवरण (यदि लागू हो)

लाइसेंस सं. :

केवल नवीकरण हेतु आवेदनों के लिए

लाइसेंस जारी करने की तारीख :

लाइसेंस की श्रेणी :

0.1 आवेदक का नाम :

0.2 पंजीकृत/स्थायी पते का विवरण

पता 1 :
पता 2 :
पता 3 :
नगर :
जिला :
राज्य :
देश :
पिन कोड :

0.3 आवेदित श्रेणी बीमा दलाल :

04. पत्राचार के लिए पते का विवरण

पता 1 :
पता 2 :
पता 3 :
नगर :
जिला :
राज्य :
देश :
पिन कोड :

0.5 संपर्क का अन्य विवरण

टेलीफोन संख्या :
मोबाइल संख्या :
फैक्स संख्या :
ई-मेल आइडी :
वैकल्पिक ई-मेल आइडी (*ऐच्छिक)

2. संगठन की संरचना

2.1 आवेदक की स्थिति :

शेयर बाजार (ऐच्छिक) :

नवीनतम शेयर मूल्य (ऐच्छिक) :

2.2 स्थापना का दिनांक और स्थान

दिनांक :

स्थान :

2.3 व्यवसाय का विस्तार जैसा कि संस्था के बहिनियमों में वर्णित है

(संक्षेप में दिया जाए तथा केवल मुख्य उद्देश्यों एवं ज्ञापन और संस्था के अंतर्नियमों अथवा भागीदारी विलेख से प्राधिकृत चुकता पूँजी से युक्त स्कैन किये हुए पृष्ठ ही संलग्न किये जाएँ)

2.4 सभी शेयरधारकों की सूची (प्रत्यक्ष रूप से अथवा साझेदारों के साथ आवेदक के 5 प्रतिशत या उससे अधिक शेयर धारण करनेवाले-केवल लिमिटेड कंपनियों के लिए लागू)

शेयरधारिता की स्थिति की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

शेयरधारक का नाम	धारित शेयरों की संख्या	कंपनी की कुल चुकता पूँजी का प्रतिशत	विदेशी धारिता (हाँ / नहीं)
संलग्न कूट	क	ख	ग

56961/13-2

--	--	--	--	--	--

2.5 निदेशको/साझेदारों/मालिकों का विवरण

नाम	योग्यता	बीमा दलाली सेवाओं और संबंधित क्षेत्रों में अनुभव	आवेदक फर्म/कंपनी में हिस्सा	अन्य कंपनियों में निदेशन

2.6 सहयोगी कंपनी / प्रतिष्ठानों द्वारा किये जानेवाले कार्यकलापों के नाम

[illegible]

क्या सहयोगी कंपनियों/प्रतिष्ठानों का कोई एक या एक से अधिक व्यक्ति आवेदक के व्यवसाय में हितबद्ध है

हाँ / नहीं :

2.7 आवेदक के प्रधान बैंकरो का नाम और पता

1. बैंकर का नाम

2. पत्ता

यत्ना 1 :

पृष्ठा 2 :

पत्ता 3 :

नगरः

जिल्हा :

राज्य :	
देश :	
पिन कोड :	
2.8 आवेदक के सांविधिक लेखा-परिक्षक का नाम और पता	
1. सांविधिक लेखा-परिक्षक का नाम	
2. पता	
पता 1 :	
पता 2 :	
पता 3 :	
नगर :	
जिला :	
राज्य :	
देश :	
पिन कोड :	

3. व्यवसाय संबंधी सूचना

3.1 तीन वर्षीय व्यवसाय योजना प्रलेख कार्यकलापो और आय की पूर्वानुमानित मात्रा के साथ (प्रत्याशित सहित) जिसके लिए लाइसेंस माँगा गया है, विशिष्ट रूप से दिया जाना चाहिए।
 <<कैन किया हुआ व्यवसाय योजना प्रलेख संलग्न करें>>

3.2 कार्यात्मक दायित्वों को अलग से दर्शाति हुए संगठनात्मक चार्ट संलग्न किया जाना चाहिए।

<<स्कैन किया हुआ प्रलेख अथवा प्रस्तुतीकरण संलग्न करें>>

3.3 प्रमुख प्रबंध कार्मिकों का विवरण

नाम	योग्यता	बीमा दलाली/बीमा के विशेष संदर्भ में अनुभव	नियुक्ति की तारीख	कार्य संबंधी क्षेत्र

3.4 आवेदक के पास उपलब्ध कार्यालय स्थान, उपस्कर और श्रमशक्ति जैसी मूलभूत सुविधाओं का विवरण

3.5 बीमा दलाली/बीमा परामर्श/जोखिम प्रबंध और अन्य सेवाओं में अनुभव का विवरण
(इतिहास, प्रमुख घटनाएँ और वर्तमान कार्यकलाप) (भारत के बाहर का अनुभव भी निर्दिष्ट किया जाए)

<<यदि अपेक्षित हो तो स्कैन किया हुआ दस्तावेज संलग्न करें>>

3.6 बीमाकर्तियों के साथ पिछले तीन वर्षों के दौरान किया गया व्यवसाय तथा उन पुनर्बीमाकर्तियों की सूची जिनके पास प्रबंध किये गये कुल पुनर्बीमा प्रीमियम के दस प्रतिशत से अधिक रखा गया।

क्रम सं.	नाम	प्रबंध किया गया प्रीमियम		प्रदत्त सेवा
		राशि	दलाल द्वारा प्रबंध किये गये कुल प्रीमियम का प्रतिशत	

3.7 कोई अन्य सूचना जो आवेदक द्वारा प्रदान की जानेवाली सेवाओं के स्वरूप से संबंधित मानी जाती हो

4. वित्तीय सूचना

4.1 पूँजीगत संरचना

पूँजीगत संरचना	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	लाख रुपये
क) प्राधिकृत पूँजी			
ख) निर्गम पूँजी			
ग) चुकता पूँजी <<फार्म 10 देखें - कटौती योग्य वैधीकरण>>			
घ) निर्बंध प्रारक्षित निधियाँ (पुनर्मूल्यन प्रारक्षित निधियों को छोड़कर)			
ङ) ग + घ (चुकता पूँजी + निर्बंध प्रारक्षित निधियाँ)			
टिप्पणी : 1. साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के मामले में कृपया पूँजी में से आहरणों और/या साझेदारों/मालिकों को हुई हानियों को घटाकर निर्दिष्ट करें।			
2. साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के मामले में कृपया साझेदारों की वित्तीय स्थिति, साधन और निवल मालियत (नेट वर्थ) निर्दिष्ट करें।			

56961/17-2

	लाख रुपये	चालू वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष
4.2 संसाधनों का अभिनियोजन		विवरण क) अचल परिसंपत्तियाँ ख) संयंत्र और मशीनरी ग) कार्यालय उपस्कर घ) निर्दिष्ट भाव वाले निवेश ङ) अनिर्दिष्ट भाव वाले निवेश च) चल परिसंपत्तियों का विवरण छ) अन्य	(सहयोगी कंपनियों/फर्मों में किये गये निवेशों, प्रदत्त ऋणों और अग्रिमों का विवरण जहाँ प्रवर्तकों/निदेशकों का हित है, अलग से दिया जाए। <div data-bbox="784 247 1019 2058" style="border: 1px solid black; height: 840px; width: 150px; margin: 10px auto;"></div>		विवरण राशि क) प्रत्यक्ष बीमा पारिश्रमिक ख) पुनर्बीमा पारिश्रमिक ग) परामर्श शुल्क घ) बीमा परामर्श कार्य
4.3 आय के प्रमुख स्रोत				<<सवीकरणों के लिए केवल - क) और ख) लागू, बाकी सभी के लिए लागू>>	

ड) निवेश कार्य			
च) अन्य			
*चूंकि बीमा दलाल द्वारा प्राप्त पारिश्रमिक प्रत्येक जोखिम के लिए भिन्न-भिन्न हो सकता है, अतः कृपया वह दायरा निर्दिष्ट करें जिसके अंदर पारिश्रमिक प्राप्त किया गया है।			
4.4 कर से पहले आय और लाभ			
कर से पहले आय / लाभ	चालू वर्ष से पूर्ववर्ती वर्ष के पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष

4.5 लाभभांश

विवरण	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष
क) राशि			
ख) प्रतिशत			

टिप्पणी : कृपया तीन वर्षों के लेखा-परीक्षित वार्षिक खाते संलग्न करें। जहाँ लेखा-परीक्षा न की गई रिपोर्टें प्रस्तुत की जाती हैं, वहाँ कारण दर्शाईं।

यदि पिछले लेखा-परीक्षित वार्षिक खातों के बाद न्यूनतम पूंजीगत आवश्यकता पूरी की गई है, तो किसी बाद की तारीख को समाप्त अवधि के लिए लेखा-परीक्षित खातों का विवरण भी प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

5. अन्य सूचना, यदि कोई हो

5.1 निपटाये गये और लंबित सभी मामलों का विवरण

विवाद का स्वरूप	पक्षकार का नाम	लंबित / निपटाया गया

5.2 यदि पिछले तीन वर्षों में आवेदक/स्वामी अथवा किसी भी साझेदार/निदेशक अथवा प्रमुख प्रबंधकीय कार्मिक द्वारा कोई आर्थिक अपराध किया गया हो तो उसका विवरण

6. दस्तावेजों की जाँच-सूची

दस्तावेजों (डाकुमेंट्स) की जाँच-सूची			
अपेक्षित दस्तावेज		अपलोड किये गये दस्तावेज (डाकुमेंट) का नाम	
✓	डॉकनेम 1	संलग्न करें	xxx.डॉक
✓	डॉकनेम 2	संलग्न करें	xxx.जेपीजी
	डॉकनेम 3	संलग्न करें	हटाएँ हटाएँ

7. शुल्क का भुगतान

वापस न करने योग्य रु. XX,XXX का शुल्क ('आवेदित श्रेणी' के उपर्युक्त खंड 0.3 में चयनित दलाल की श्रेणी के आधार पर) आईआरडीए को ऑनलाइन आवेदन फार्म प्रस्तुत करने पर आवेदक को प्रदर्शित किये गये

ई भुगतान विकल्पों के माध्यम से अदा करने की आवश्यकता होगी।

8. वचन-पत्र

8.1 क्या पहले कभी आवेदक से संबंधित किसी भी व्यक्ति को लाइसेंस देने से इनकार किया गया अथवा नहीं ।

व्यक्तियों के नाम	आवेदक के साथ संबंध	प्रशिक्षण का व्योरा

इस उप-खंड के प्रयोजन के लिए अभिव्यक्ति "प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से संबंध" का अर्थ है, व्यक्ति के मामले में आवेदक का कोई रिश्तेदार तथा किसी फर्म अथवा कंपनी अथवा निगमित निकाय के मामले में आवेदक का कोई सहयोगी, सहायक, परस्पर संबंधित उपक्रम अथवा समूह कंपनी है ।

8.2 आवेदक के प्रधान अधिकारी की योग्यता और अनुभव का विवरण

नाम	पता	योग्यता (बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने सहित)	पहले का अनुभव (बीमा उद्योग सहित)	पिछला रोजगार	रोजगार संबंधी विवरण

8.3 उन कर्मचारियों की सूची जो बीमा व्यवसाय की अग्रेषा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार होंगे

नाम	पता	पदनाम	योग्यता (बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने सहित)	जिम्मेदारियों का विवरण

8.4 लाइसेंस के नवीकरण के लिए मीयादी जमा राशि का विवरण

बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) की संख्या	जमा के अंतर्गत धारित राशि	प्रारंभिक पूँजी की तुलना में प्रतिशत	परिपक्वता की तारीख

9. घोषणा

इस घोषणा पर दो निदेशकों, दो साझेदारों अथवा एकमात्र स्वामी द्वारा, जैसी स्थिति हो, हस्ताक्षर किये जाने चाहिए।

मैं/हम इसके द्वारा लाइसेंस के लिए आवेदन करता हूँ/करती हूँ/करते हैं।

मैंने/हमने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 पढ़ी है तथा मैं/हम संतुष्ट हूँ/हैं कि मैं/हम बीमा दलाल के लाइसेंस हेतु आवेदन करने के लिए पात्र हूँ/हैं।

मैं/हम कहता हूँ/कहती हूँ/कहते हैं कि मैंने/हमने उपर्युक्त प्रश्नों का उत्तर सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः दिया है तथा वह सारी सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे/हमारे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है।

मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ/करते हैं कि आवेदन फार्म में दी गई सूचना पूर्ण और सही है।

मैं/हम वचन देता हूँ/देती हूँ/देते हैं कि उक्त लाइसेंस की अवधि के दौरान प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन के रूप में मेरे/हमारे द्वारा अर्जित पारिश्रमिक की पूर्ण राशि अथवा उसका भाग किसी भी छूट स्वरूप नहीं दूँगा/दूँगी/देंगे अथवा देने का प्रस्ताव नहीं करूँगा/करूँगी/करेंगे।

मैं/हम लाइसेंस को निरस्त करने अथवा उसका नवीकरण न करने के समय व्यवसाय के समापन (रन-ऑफ बिजनेस) को बहियों में अंकित करने का वचन देता हूँ/देती हूँ/देते हैं।

मैं/हम घोषणा करता हूँ/करती हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे पास अधिनियम की धारा 42 के अधीन बीमा एजेंट का लाइसेंस नहीं है।

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

भुगतान के विकल्प

क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग

(i) "क्रेडिट कार्ड" अथवा "डेबिट कार्ड" का चयन करने पर

आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

कार्ड नंबर :

समाप्ति का दिनांक :

सीवीवी :

डेबिट कार्ड पर नाम :

भुगतान करें

(ii) "नेट बैंकिंग" का चयन करने पर आवेदक से

निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

निधियों का अंतरण कहीं से :

भुगतान करें

फार्म बी**बीमा दलालों को लाइसेंस प्रदान करना****फार्म - आईआरडीए - बी
लाइसेंस**

महत्वपूर्ण अनुदेश

विनियम 11 और 16 देखें

कृपया केवल सुवाच्य अक्षरों में ही लिखें अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड
---	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	------	----	----	----	----	----	---------	------	-----	-----

लाइसेंस संख्या :

1. बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 42घ की उप-धारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण एतद्वारा उक्त अधिनियम के अंतर्गत दलाल के रूप में कार्य करने के लिए लाइसेंस प्रदान करता है।

(श्रेणी का विवरण लिखें)

2. उक्त बीमा दलाल के लिए लाइसेंस का कूट _____ से _____ तक विधिमार्ग होगा।
3. उक्त लाइसेंस _____ से _____ तक विधिमार्ग होगा।
4. यह लाइसेंस उपर्युक्त अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 के अधीन है एवं इसे किसी भी अन्य अधिनियम, नियमावली अथवा विनियमावली के अनुपालन के रूप में अथवा उसके अनुरूप होने के तौर पर नहीं माना जाएगा।

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

के लिए और उनकी ओर से
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

फार्म सी

लाइसेंस के नवीकरण का प्रमाणपत्र

फार्म - आईआरडीए - सी

लाइसेंस के नवीकरण का प्रमाणपत्र

महत्वपूर्ण अनुदेश :

(बीमा दलाल) विनियमावली, 2002

कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड
---	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	------	----	----	----	----	----	---------	------	-----	-----

लाइसेंस संख्या :

1. मेसर्स _____ श्रेणी _____ दलाल का लाइसेंस
बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 की धारा 13 तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4)
के अधीन एतद्वारा _____ से _____ तक की अवधि के लिए नवीकृत किया जाता है।
2. हैदराबाद में _____ दिन _____ दो हजार _____ को जारी किया गया।
3. यह लाइसेंस इस शर्त के अधीन जारी किया जाता है कि आवेदक बीमा अधिनियम, 1938, आईआरडीए अधिनियम, 1999, उसके अंतर्गत बनाये गये नियमों और विनियमों के सभी उपबन्धों तथा प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किये जानेवाले दिशा-निर्देशों, परिपत्रों और निर्देशों का पालन करेगा।

आदेशानुसार

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

के लिए और उनकी ओर से

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

56961/13-5

फार्म डी

बीमा दलाल के लिए लेखा-परीक्षा की व्यवस्था

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रभुति की तारीख :

प्रभुति के लिए निवृत्त तारीख :

क्रम सं.	सांविधिक लेखा-परीक्षक का नाम	सांविधिक लेखा-परीक्षक का पता	दलाल की लेखा-परीक्षा का लिए जिम्मेदार साझेदार का नाम	आंतरिक लेखा-परीक्षक का नाम (विनियम 27 देखें)	आंतरिक लेखा-परीक्षक का पता	योग्यताएँ (ड्राप-डाउन सामान्य योग्यताओं से चयन करें)	अनुभव (वर्षों की संख्या)	कर्मचारी जिसको लेखा-परीक्षक रिपोर्ट करता है	रिपोर्टिंग अवधि में हुए परिवर्तनों का विवरण, यदि कोई हो
		संलग्न कूट	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

बीमा अथवा पुनर्बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार व्यक्तियों का विवरण

प्रस्तुति की तारीख :
प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

जीमा व्यवसाय

[illegible]

पुनर्बीमा व्यवसाय

[illegible]

[illegible]

पंजीकृत कार्यालय का विवरण

#	कार्यालय का पता	क्षेत्र का प्रकार	राज्य	कार्यकलाप	प्रभारी व्यक्ति	दलाली का कार्य करनेवाले स्टाफ की संख्या	अन्य स्टाफ की संख्या	क्या प्रधान कार्यालय है (हाँ / नहीं)	क्या परिचालन में है या नहीं (हाँ / नहीं)
	संभूत	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
#	पंक्तियों की गणना करें								

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

56961/13-6

फार्म जी

अन्य बीमा दलालों अथवा सेवा प्रदाताओं के साथ स्थायी व्यवस्था

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	नाम	पता	व्यवस्था का विवरण	*क्या अन्यो के साथ कोई करार किया गया है ? हाँ / नहीं	क्या सेवा प्रदाता समूह कंपनियों से है/हैं ? हाँ / नहीं	पारिभ्रमिक का आधार (झुपडाउन से चयन करें)	नवीनतम वित्तीय वर्ष के दौरान अदा की गई राशि
		स्तंभ कूट	ख	ग	घ	ङ	च
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

*यदि स्तंभ 'ग' का उत्तर हाँ है, तो अन्यो के साथ किये गये करार की प्रति संलग्न करें

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म ऐच	
... .. को समाप्त वर्ष के दौरान व्यवसाय का विस्तार	
फिल्टर और मानदंड	
वर्ष :	प्रस्तुति की तारीख :
दलाल :	प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	ग्राहक का नाम	ग्राहक के लिए बुक किये गये प्रत्यक्ष बीरे पर प्रीमियम			उस ग्राहक के व्यवसाय के संबंध में पुनर्बीमा दलाती करने पर प्रीमियम		
		अग्नि	क	ख	विश्व	ग	घ
1	संम कूट						
2							
3							
4							
5							
	सभी ग्राहकों का कुल योग						

टिप्पणी :

1. शीर्ष स्तर पर विद्यमान 5 ग्राहकों (विनियम 20 में दी गई परिभाषा के अनुसार) को सूचीबद्ध किया जाए।
2. जहाँ दलाल ने व्यवसाय के 100 प्रतिशत को नहीं संभाला, वहाँ प्रीमियम इस दलाल के अंश के लिए दर्शाये जाने चाहिए। जहाँ प्रीमियम किस्तों में देय है, वहाँ रिपोर्टिंग अवधि के दौरान हिसाब में लिये गये कुल प्रीमियम को दर्शाना चाहिए।

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/ साक्षेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साक्षेदार

स्थान :

दिनांक :

फार्म आई

मीयादी जमा विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दस्तावेज :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

माहसपूर्व

**यदि दस्तावेज ने मीयादी जमा राशि का एक से अधिक बैंकों में रखा है तो यह सूचना प्रत्येक मामले के लिए प्रस्तुत की जानी चाहिए।

#	बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) सं.	जमा के रूप में अदा की गई राशि	एफ.डी. प्रारंभ होने की तारीख	एफ.डी. की अवधि समाप्त होने की तारीख	पूँजी की कुलना में एफ.डी. की राशि का अनुपात
1		संलग्न फूट	ख	ग	घ	ङ	च

टिप्पणी :

1. पुष्टीकरण कि प्रहणार्थिकार (लिबर) आईआईआईए के पक्ष में अंकित है।
2. बैंक से इस आशय का पत्र प्राप्त किया गया है कि मूल राशि का विमोचन प्राधिकरण की अनुमति के बिना नहीं किया जाएगा।
3. क्या मीयादी जमा राशि (एफ. डी.) किसी अनुसूचित बैंक में रखी गई है ?
4. क्या लाइसेंस की अवधि कवर की गई है ? यदि नहीं, तो क्या लाइसेंस की पूरी अवधि में एफ.डी. रखने के लिए खतम-पत्र दिया गया है ?
5. क्या विनियम 2(1)(अ)(v) द्वारा कवर किया गया है ?

हाँ / नहीं

हाँ / नहीं

हाँ / नहीं

हाँ / नहीं

हाँ / नहीं

क्या आप एफ. डी. के विवरण के लिए एक और अभिलेख जोड़ना चाहते हैं ?

हाँ / नहीं

यदि हाँ, तो इसी स्क्रीन को पॉपुलेट करें।

#	बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) सं.	जमा के रूप में अदा की गई राशि	एफ.डी. प्रारंभ होने की तारीख	एफ.डी. की अवधि समाप्त होने की तारीख	पूँजी की कुलना में एफ.डी. की राशि का अनुपात
1		संलग्न फूट	ख	ग	घ	ङ	च

5696/13-7

टिप्पणी :

1. पुष्टीकरण कि ग्रहणाधिकार (लियन) आईआरडीए के पक्ष में अंकित है।
2. बैंक से इस आशय का पत्र प्राप्त किया गया है कि मूल राशि का विमोचन प्राधिकरण की अनुमति के बिना नहीं किया जाएगा।
3. क्या मीथादी जमाराशि (एफ. डी.) किसी अनुसूचित बैंक में रखी गई है ?
4. क्या लाइसेंस की अवधि कवर की गई है ? यदि नहीं, तो क्या लाइसेंस की पूरी अवधि में एफ.डी. रखने के लिए वचन-पत्र दिया गया है ?
5. क्या विनियम 2(1)(ज)(v) द्वारा कवर किया गया है ?

हो / नहीं

हो / नहीं

हो / नहीं

हो / नहीं

हो / नहीं

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम :

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म जे

बीमा दलालों के बीमा बैंक खाते

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	बैंक का नाम और पता	खाते का प्रकार	बैंक खाता संख्या	खाते का प्रयोजन	खाता विनियम 23(2)(ग) का पालन किया गया (हाँ / नहीं)	रिपोर्टिंग अवधि की समाप्ति पर खाते में शेष राशि
	संलग्न कूट	क	ख	ग	घ	ङ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपस्थिति / पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपस्थिति / पदनाम :

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी

निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-साढ़-वर्ष)

फार्म के

... को प्रचलित व्यावसायिक क्षतिपूर्ति बीमा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रभुति की तारीख :

प्रभुति के लिए नियत तारीख :

#	पेशवाई कर प्रदान करनेवाले बीमाकर्ता का नाम	पॉलिसी संख्या/पृष्ठांकन संख्या	बीमे की अवधि (प्रारंभ होने की तारीख)	बीमे की अवधि (समाप्त होने की तारीख)	बीमा की गई राशिवाई : प्रति घटना (एओए)	बीमा की गई राशिवाई : पॉलिसी अवधि के लिए कुल (एओवाई)	क्षतिपूर्ति का आधार (कितने गये दावों के आधार पर अथवा हानि होने के आधार पर)	कटौती योग्य	बीमे के लिए प्रीमियम	क्या विनियम 24, उप-विनियम (4) और (5) के लिए अपेक्षाओं का पालन किया गया है ? (हाँ/नहीं)	कृपया संबंधित प्रतिफल का उल्लेख करें
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एल

बीमा दलालों के लिए दावों से संबंधित डेटा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दस्तावेज :

तिमाही :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

दावों का विवरण

#	कंपनी के ध्यान से आई ऐसी हर घटना के बारे में बताएँ जहाँ कंपनी ग्राहकों को इज्जत या क्षतिपूर्ति अदा करने के लिए बाध्य हो सकती है चाहे वह व्यावसायिक क्षतिपूर्ति नीति से कवर होती है या नहीं, तथा निम्नलिखित सूचना दें	घटना की अवधि की तारीख	संबंधित ग्राहक का नाम	घटना का स्वरूप जो दावे के लिए कारण बन सकता है	दावे के आधार का संक्षिप्त वर्णन	दावे की सूचित अवधि अनुमानित राशि	क्या व्यावसायिक क्षतिपूर्ति पॉलिसी द्वारा कवर होता है	दावे के लिए दलाल द्वारा अपनी बहियों में किया गया प्रावधान	दावे की वर्तमान स्थिति
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
1									
2									
3									
4									
5									

5696/13-8

दावों की गतिविधि

#	विवरण	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
	संलग्न कूट	क	ख
1	तिमाही के प्रारंभ में लंबित दावे		
2	तिमाही के दौरान दर्ज किये गये नये दावे		
3	तिमाही के दौरान निपटाये गये/बंद किये गये दावे		
4	तिमाही के दौरान अस्वीकृत दावे		
5	तिमाही के अंत में लंबित दावे	=1+2-3-4	=1+2-3-4

लंबित दावों की समय-स्थिति

#	लंबित दावे समय-खंडों में*	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
	संलग्न कूट	क	ख
1	1 महीने तक लंबित		
2	1 महीने से अधिक और 3 महीने तक लंबित		
3	3 महीने से अधिक और 6 महीने तक लंबित		
4	6 महीने से अधिक और 12 महीने तक लंबित		
5	1 वर्ष से अधिक लंबित		
	कुल लंबित	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

*पहली सूचना की तारीख से संगणित

#	निपटायें गये दावे समय-खंडों में**	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
		क	ख
1	1 महीने तक निपटायें गये	स्तंभ कूट	
2	1 महीने से अधिक और 3 महीने तक निपटायें गये		
3	3 महीने से अधिक और 6 महीने तक निपटायें गये		
4	6 महीने से अधिक और 12 महीने तक निपटायें गये		
5	1 वर्ष से अधिक के लिए निपटायें गये		
	कुल निपटायें गये	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

**अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

लंबित प्रमुख दावे - 1 करोड़ से अधिक

#	ग्राहक का नाम	पॉलिसी संख्या		दावे की राशि	हानि की तारीख
		स्तंभ कूट	क		
1				ख	ग
2					
3					
4					
5					

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एम

.. .. . (वित्तीय वर्ष की समाप्ति - 31 मार्च) को बकाया पुनर्बीमा शेष राशियाँ

फिल्टर और मानदंड

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	विवरण	निम्नलिखित अवधि के लिए बकाया राशि				कुल डुं
		0-3 महीने	3-6 महीने	6-12 महीने	12 महीने से अधिक	
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	
1	सीडिंग कंपनियों को देय					
2	पुनर्बीमाकर्तओं को देय					
3	सीडिंग कंपनियों से प्राप्य					
4	पुनर्बीमाकर्तओं से प्राप्य					

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एन

पुनर्बीमा दलाली के लिए प्रतिभूति अनुवीक्षण कार्यवाही

फिक्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	कृपया दलाल के कार्यालय में अपनाई गई प्रतिभूति अनुवीक्षण प्रक्रियाओं तथा उस व्यक्ति की जानकारी दें जो दलाल द्वारा प्रयुक्त की जानेवाली प्रतिभूतियों का अनुमोदन करने के लिए जिम्मेदार है, एवं विशेष रूप से यह बताएँ कि-	क्या दलाल पुनर्बीमाकर्तियों द्वारा प्रयुक्त वार्षिक खाते प्राप्त कर उनकी समीक्षा करता है ? (हाँ / नहीं)	(यदि पिछले स्तंभ से उत्तर 'हाँ' में दिया गया हो) संस्था के भीतर इस कार्य के लिए कौन जिम्मेदार है ?	अंतरराष्ट्रीय बाजारों में हो रही प्रगति के साथ चलने के लिए दलाल द्वारा अनुसरण की जा रही क्रियाविधि
	स्तंभ कूट	क	ख	ग

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

56961/13-9

फार्म ओ

बीमा दलाल के लिए पूँजी-विन्यास और शेयरधारकों का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति के लिए निम्न तारीख :

प्रस्तुति की तारीख :

पूँजी-विन्यास

#	विवरण	स्तंभ कूट	राशि क	प्रतिशत ख
1	प्राधिकृत पूँजी			
2	निर्गम पूँजी			
3	चुक्ता पूँजी			
4	पून्मूल्यन रिजर्व को छोड़कर निर्बंध रिजर्व			
5	*साझेदारों की निवल मालियत (नेट वर्थ)			
6	*साझेदारों / मालिकों को आहरण			
7	*साझेदारों / मालिकों को ऋण			

प्रत्यक्ष विदेशी निवेश का विवरण

#	शेयरधारक का नाम क	कुल इक्विटी शेयर पूँजी ख	प्रतिशत धारिता ग
1	भारतीय		
	विदेशी		
	प्रत्यक्ष		
	अप्रत्यक्ष		

[illegible][illegible]

टिप्पणी :

* केवल साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के लिए लागू

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म यी

निदेशक मंडल और प्रबंधन का विवरण

फिस्टर और मानदंड

वर्ष :

दस्तावेज :

प्रभुति की तारीख :

प्रभुति के लिए निव्वत तारीख :

निदेशक मंडल/प्रधान अधिकारी का विवरण

#	व्यक्ति का नाम	पैन संख्या	पता (गली, मकान)	नगर	जिला	राज्य	पिन कोड	व्यवसाय	नियुक्ति/समाप्ति की तारीख	यदि पद पर हैं तो पदनाम	पिछली रिपोर्ट के बाद की अवधि में परिवर्तन	अन्य संस्थाओं में निदेशन का विवरण (यदि कोई हो)
	संयुक्त कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

56981/13-10

घोषणा :

1. मैं बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 42(डी) की उप-धारा (5) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट किसी भी अयोग्यता से ग्रस्त नहीं हूँ।

2. मेरे पास एजेंसी/सर्वेक्षक/टीपीए का लाइसेंस नहीं है।

3. मैं बीमा से संबंधित किसी भी अन्य संस्था में निदेशन/रोजगार नहीं रखता/रखती हूँ तथा ऐसी किसी संस्था का प्रतिनिधित्व नहीं करता/करती हूँ।

4. मैंने आरओसी के पास फार्म-32 दाखल किया है (*केवल निदेशकों के लिए लागू)

<<शपथपत्र की स्कैन की हुई प्रति संलग्न करें>>

प्रबंधन के प्रभारी व्यक्ति

#	व्यक्ति का नाम	पता (गली, मकान)	नगर	जिला	राज्य	पिन कोड	पदनाम	श्रेयधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन नं.)(विदेशी : टैक्स आईडी)	कार्यों का स्वरूप	योग्यताएँ	अनुभव बीमा संबंधी अनुभव सहित	प्राप्त प्रशिक्षण का स्वरूप	प्राप्त प्रशिक्षण की अवधि
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिल-माह-वर्ष)

फार्म न्यू

बीमा दलालों के लिए वित्तीय डेटा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रभुति के लिए निवृत्त तारीख :
प्रभुति की तारीख :

आय संबंधी डेटा

विवरण (हजार रुपये)		राशि
#	विवरण (हजार रुपये)	राशि
1	प्रत्यक्ष बीमा पारिश्रमिक	राशि
2	पुनर्बीमा पारिश्रमिक	राशि
3	परामर्श शुल्क	राशि
4	बीमा परामर्श कार्य	राशि
5	निवेश आय	राशि
6	अन्य	राशि
	कुल	कुल योग (पंक्तियाँ)

निवेश संबंधी डेटा (सामूहिक निवेश)			
#	विवरण (हजार रुपये)	चालू वर्ष (चयन के अनुसार)	सांविधिक लेखा-परीक्षक से प्राप्त टिप्पणी (यदि कोई हो)
		स्तंभ कूट	ख
1	समूह कंपनियाँ	क	
2	इंक्विटी		
3	कर्ज		
4	समूह कंपनियों को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से दिये गये ऋण/अग्रिम		
5	अन्य		
	कुल	कुल योग (पंक्तियाँ)	

टिप्पणी

क्या उपर्युक्त रूप में दी गई सूचना के अलावा स्पष्ट रूप से घोषित करने के लिए दलाल फर्म के वित्तीय डेटा से संबंधित कोई अन्य जानकारी है ?
हाँ / नहीं
कृपया अनुबंधों और अनुलग्नकों के रूप में संबंधित दस्तावेज संलग्न करें ।

कार्रवाई

यदि हाँ, तो यह अपेक्षित है कि प्रणाली संबंधित दस्तावेज संलग्न करने के लिए उपयोगकर्ता को समर्थ बनाए

दस्तावेजों की जाँच-सूची

दस्तावेजों की जाँच-सूची

	अपेक्षित दस्तावेज		अपलोड किये गये दस्तावेज का नाम	
✓	डॉकनेमा		xxx.डॉक xxx.जेपीजी	हटा दे हटा दे

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

56961/13-11

फार्म आर**लाइसेंस की अनुलिपि (ड्रिलिकेट लाइसेंस)**

माहत्वपूर्ण अनुदेश :

विनियम 11 और 16 देखें

केवल स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टंकित करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड
---	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	------	----	----	----	----	----	---------	------	-----	-----

लाइसेंस संख्या :

1. बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 42डी की उप-धारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण एतद्वारा उपर्युक्त अधिनियम के अधीन

को _____ दलाल के रूप में
(अपनी के विवरण का उल्लेख करें)

कार्य करने के लिए लाइसेंस प्रदान करता है।

2. उक्त बीमा दलाल के लिए लाइसेंस कूट _____ है।

3. यह लाइसेंस _____ से _____ तक विधिमन्य होगा।

4. यह लाइसेंस उक्त अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 के अधीन है एवं इसे किसी अन्य अधिनियम, नियमावली अथवा विनियमावली के अनुपालन के अथवा उनके अनुरूप होने के तौर पर नहीं माना जाएगा।

आदेशानुसार

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

के लिए और उनकी ओर से

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

लाइसेंस की अनुलिपि (इप्लिकेट लाइसेंस) के लिए आवेदन

सहस्रपूर्ण अनुदेश :

लाइसेंस की अनुलिपि के लिए आवेदन

कृपया कवल स्पष्ट अक्षरों में युक्ति अथवा टंकित करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड
---	----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	------	----	----	----	----	----	---------	------	-----	-----

1. मैं/हम खेदसहित सूचित करता हूँ/करते हैं कि मेरा / हमारा लाइसेंस में _____ जिसकी समाप्ति की तारीख _____ है,

1. खो गया है (खो जाने के विवरण तथा लाइसेंस के पाये जाने पर लौटाने के आशय से युक्त शपथपत्र)

2. नष्ट किया गया है (हानि होने के विवरण तथा लाइसेंस के पाये जाने पर लौटाने के आशय से युक्त शपथपत्र)

3. कटा-फटा है (पुल लाइसेंस वापस किया जाए)

जो निम्नलिखित परिस्थितियों में हुआ है

2. शुल्क का भुगतान

1,000 रुपये का अप्रतिदेय शुल्क आईआरडीए को ऑनलाइन आवेदन फार्म प्रस्तुत करने पर आवेदक को दिखाये जानेवाले ई-भुगतान विकल्पों के माध्यम से अदा करना आवश्यक होगा।

3. घोषणा

मैं इसके द्वारा विनियम 16 के अंतर्गत लाइसेंस की अनुलिपि के लिए आवेदन करता/करती हूँ।

अतः मैं/हम प्राधिकरण से अनुरोध करता/करती हूँ/करते हैं कि कृपया ऊपर स्पष्ट की गई परिस्थितियों के आलोक में एक इप्लिकेट लाइसेंस जारी करें।

मैं, _____ सत्यनिष्ठापूर्वक यह घोषित करता/करती हूँ और पुष्टि करता/करती हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर

नाम :

स्थान :

भुगतान के विकल्प

क्रेडिट कार्ड

डेबिट कार्ड

नेट बैंकिंग

(i) 'क्रेडिट कार्ड' अथवा 'डेबिट कार्ड' का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

कार्ड की संख्या :

समप्ति की तारीख :

सीवीवी :

क्रेडिट कार्ड पर नाम :

भुगतान करें

(ii) 'नेट बैंकिंग' का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

निधि-अंतरण कहीं से होगा :

भुगतान करें

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एस

बीमा दलालों के लिए व्यवसाय का डेटा

मिस्टर और मानदंड

वर्ग :

दस्तावेज :

तिमाही :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

बीमाकर्ता-वार व्यवसाय के आंकड़े - गैर-जीवन

#	बीमाकर्ताओं का नाम	गरीब हल		भरीन कार्गो		मोटर		फायर		स्वास्थ्य		इंजीनियरिंग		लायबिलिटी		मिलितेलिविस		पोलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
		पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम		
	संग्रह कुट	क	ख	ग	घ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त		ब	द
	संग्रह/परिकल्पना	क	ख	ग	घ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त		ब	द
																		ब=क+ग+घ+च+छ+ज+झ+ञ+ट+ठ+ड+ढ+ण+त+ब	
																		ब	
																		ब	
																		ब	
																		ब	

बीमाकर्ता-वार प्रीमियम के आंकड़े - जीवन

#	बीमाकर्ताओं का नाम	जीवन		स्वास्थ्य		पेयान		वार्षिकी		जीवन		स्वास्थ्य		पेयान		वार्षिकी		पोलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
		पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पोलिसियों की संख्या	प्रीमियम		
	संग्रह कुट	क	ख	ग	घ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त		ब	द
		क	ख	ग	घ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त		ब	द
																		ब	
																		ब	
																		ब	
																		ब	
																		ब	

5696/113-12

[illegible]

बीमाकर्ता-वार प्रीमियम - जीवन+(अनुवृद्धियों के लिए)

[illegible]

श्रीगणेशाय नमः

[illegible]

[illegible]

ग्राहक-वार व्यवसाय के आंकड़े (प्रदत्त प्रीमियम के आधार पर)-शीर्षस्थ 10 ग्राहक (जीवन)

[illegible]

फार्म एस (जीवन)

बीमा दलालों के लिए व्यवसाय के आंकड़े (जीवन बीमाकर्ता)

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

तिमाही :

प्रीमियम का प्रकार :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

प्रत्यक्ष बीमा दलाली - जीवन व्यवसाय

#	वैयक्तिक व्यवसाय				सामूहिक व्यवसाय			
	व्यवसाय की श्रेणी	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	दलाली से आय	दलाली का प्रतिशत	बीमाकृत जीवनो की संख्या	प्रीमियम राशि	दलाली से आय
	संभव कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ
					$\text{घ} = [\text{ग}/\text{ख}] * 100$			$\text{ज} = [\text{छ}/\text{च}] * 100$
संबद्ध	जीवन							
	स्वास्थ्य							
	पेशन							
	वार्षिकी							
असंबद्ध	जीवन							
	स्वास्थ्य							
	पेशन							
	वार्षिकी							
अनुवर्द्धियाँ	स्वास्थ्य+रुग्णता					लागू नहीं		
	दुर्घटना+अशक्तता					लागू नहीं		
	मीयादी					लागू नहीं		
	अन्य (पीडब्ल्यूबी)					लागू नहीं		
	कुल	0	0	0	0	0	0	0

**अन्य का अर्थ बैंको को छोड़कर सभी कॉरपोरेट एजेंट हैं।

5696/13-13

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एस (गैर-जीवन)**बीमा दलालों के लिए व्यवसाय के आंकड़े (गैर-जीवन बीमाकर्ता)**

फिल्टर और मानक

वर्ष :

दलाल :

तिमाही :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

प्रत्यक्ष बीमा दलाली - गैर-जीवन व्यवसाय

#	व्यवसाय की श्रेणी	पालिसियों की संख्या	प्रीमियम की राशि	दलाली से आय	दलाली प्रतिशत
	संतभ कूट	क	ख	ग	घ
					$घ = [ग/ख] * 100$
1	मरीन हल				
2	मरीन कार्गो				
3	मोटर				
4	फायर				
5	स्वास्थ्य				
6	इंजीनियरिंग				
7	लायबिलिटी				
8	मिसिलेनियस				

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फॉर्म टी

बोमा दलाल के लिए समूह कंपनियों का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ग :

फॉर्म का प्रकार :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए निम्न तारीख :

#	संस्था का नाम	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन कार्ड) (विदेशी : टैक्स आईडी)	पता	किये गये कार्यकलाप का प्रकार	प्रवर्तक/निदेशक के हित का स्वरूप	आवेदक कंपनी के साथ हित का स्वरूप
	संभू कूट	क	ख	ग	घ	ङ
1						
2						
3						

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

56961/13-14

फार्म यू (पुनर्बीमा)

बीमा दलालों के पुनर्बीमा व्यवसाय का विवरण

प्रयोजन और उद्देश्य

इस फार्म का प्रयोजन जीवन और गैर-जीवन के लिए प्रस्तुत नये पुनर्बीमा व्यवसाय हेतु दलालों के लिए डेटा प्राप्त करना है।

इस फार्म की अभिलिखिता है।

फिल्टर और मानदंड

वर्ष

दलाल

पुनर्बीमा व्यवसाय

ध्यान दें

इस फार्म के सभी क्षेत्र अनिवार्य हैं।

पुनर्बीमा का विवरण						व्यवसाय का विवरण	
व्यवसाय की श्रेणी	प्रकार	उप प्रकार	पुनर्बीमाकर्ता का नाम	पुनर्बीमाकर्ता हेतु यूआइएन	सार्व-श्रेणी-निर्धारण (क्रेडिट रेटिंग)	प्रोमियम राशि	व्यवसाय का विवरण दलाली से आय
व्यवसाय की श्रेणी	(समझौता/वैकल्पिक/पुनर्बीमा)	(कोटा शेयर/ सरलस/ ऑटो फैक/एक्सेस ऑफ लॉस /क्रेडिट एक्सेस ऑफ लॉस/स्ट्रेप लॉस/ इनवर्ड/आउटवर्ड)	कंपनी का नाम प्रविष्ट करें (उदाहरण जीआइसी/ अलायंस/न्यू इंडिया एश्युरेंस ...आदि)	पुनर्बीमाकर्ता का यूआइएन प्रविष्ट करें (आइआरडीए द्वारा यथानुमोदित)	पिछले पांच वर्ष की अवधि के दौरान (स्टैंडर्ड एंड पूअर के पास) कम से कम बीबीबी की रेटिंग अथवा किसी अन्य अंतरराष्ट्रीय रेटिंग एजेंसी की समतुल्य रेटिंग	यह प्राप्त प्रीमियम राशि होगी चार्जिए	
उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को प्रीमियम राशि भारतीय रुपयों में प्रविष्ट करनी होगी	उपयोगकर्ता को दलाली से आय भारतीय रुपयों में प्रविष्ट करनी होगी

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

NOTIFICATION

Hyderabad, the 7th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority
(Insurance Brokers) (Second Amendment) Regulations, 2013

F. No. IRDA/Reg/6/64/2013.—In exercise of the powers conferred by section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with sections 14 and 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999), the Authority in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:—

1. Short title and commencement

- (1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) (Second Amendment) Regulations, 2013
- (2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. Consideration of Application

- (i) Clause 9(3) shall be substituted for the following:—

“Any employee responsible for soliciting and procuring insurance business on behalf of an insurance broker shall also have to fulfill the requirement mentioned in sub-regulations (1) and (2) above, a list of such employees needs to be provided to the Authority in form E provided under Schedule I to these regulations and acknowledged by it.”

Requirement of Capital

- (ii) A new Regulation 10 (1A) is inserted after Regulation 10(1) as under

10(1A) an insurance broker shall provide information regarding its capital structure and details of shareholding annually on or before 30th June of every year. Further, any change in capital structure will be reported within 30 days in Form O provided under Schedule I to this regulation.

Renewal of license

- (iii) Under regulation 13 (4) the words ‘Form B’ is substituted with “Form C provided under Schedule I to this Regulation”

Effect of refusal to grant license

- (iv) Under Regulation 15, the words “Regulation 13(2)” is substituted with “Regulation 14(2)”

Issue of a duplicate license

- (v) Regulation 16(1) the word “in the prescribed form given in schedule I” shall be added after an application
Under Regulation 16 (2) the words “in Form B” is substituted with “in Form R provided under Schedule I to this regulation”

Deposit Requirements

- (vi) After Regulation 22(1), a new **Regulation 22 (1A)** is inserted as follows.

“Details of such fixed deposit shall be furnished in Form I provided under Schedule I to this regulation”

Maintenance of books of account, records, etc.

- (vii) Under regulation 25 (2) after the words auditors report the following words is added *‘including details regarding PAN, DIN and declaration’*

Disclosure to the Authority

- (viii) A new Regulation 28(2) is inserted after Regulation 28(1) as under

‘An insurance broker shall furnish the following in respective forms (as specified below) provided under Schedule I to this regulation’.

- a. *Audit arrangements in Form D*
- b. *information about registered and branch offices at the time of grant of license/ renewal/whenever an office is opened or closed in Form F*
- c. *the standing arrangement with other brokers or service providers in Form G*
- d. *spread of business during the year ending in Form H*
- e. *insurance Bank Accounts may be submitted in Form J*
- f. *professional Indemnity Insurance in force in Form K*
- g. *the claims data in Form L*
- h. *reinsurance balances outstanding in Form M*
- i. *security screening proceedings for reinsurance broking in Form N*
- j. *board of Directors/ Partners, and management details in Form P*
- k. *financial data of brokers in Form Q*
- l. *business particulars of brokers in Form S*
- m. *organization structure in Form T*
- n. *reinsurance business details in Form U*

J. HARI NARAYAN, Chairman

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

56961/13-15

Schedule I (Form A)

Please Print or Type Characters Only In Capital Letters

D.1 Name of the applicant

0.2 Registered/Permanent address details

Address 1	
Address 2	
Address 3	
City	
District	
State	
Country	
Pin Code	

0.3 Category Applied for

Insurance Broker

--

0.4 Correspondence Address Details

Address 1	
Address 2	
Address 3	
City	
District	
State	
Country	
Pin Code	

0.5 Other Contact Details

Telephone No	
Mobile No	
Fax No.	
e-mail ID	
Alternate e-mail ID (*optional)	

[illegible]

2.6 Name of activities carried out by the associated company/concerns

[illegible]

Whether any one or more persons of the associate companies/ concerns are interested in the applicant's business.

2.7 Name and Address of the Principal bankers of the applicant

i Name of the banker

ii **Address**

Address 1																																																																																																				
Address 2																																																																																																				
Address 3																																																																																																				
City																																																																																																				
District																																																																																																				
State	Andhra Pradesh																																																																																																			
Country																																																																																																				
Pin Code																																																																																																				

2.8 Name and Address of the Statutory Auditor of the applicant

3. Name of the Statutory Auditor

3.4 Details of infrastructure like office space, equipment and manpower available with the applicant

3.5 Details of experience in insurance broking/ insurance consulting/risk management and other services:

(History, major events and present activities (Experience outside India may also be indicated):

>>Attach scanned document if required>>

3.6 Business handled during the last three years with insurers and list of reinsurers with whom more than ten percent of the total reinsurance premium handled, was placed.

569 G1/13-16

[illegible]

3.7 Any other information considered relevant to the nature of services rendered by the applicant.

ii **Address**

Address 1																																																																																																				
Address 2																																																																																																				
Address 3																																																																																																				
City																																																																																																				
District																																																																																																				
State	Andhra Pradesh																																																																																																			
Country																																																																																																				
Pin Code																																																																																																				

3. Business Information

3.1 Three years business plan document with projected volume of activities and income (including anticipated) for which licence sought is to be specifically given.

>>Attach scanned business plan document>>

3.2 Organisation Chart separately showing functional responsibilities to be enclosed.

<<Attach scanned document or presentation>>

3.3 Particulars of key management personnel

[illegible]

4. Financial Information

4.1 Capital Structure

Capital Structure	Year prior to preceding year	Preceding year	Current Year
a) Authorized Capital			
b) Issue Capital			
c) Paid up Capital <<Refer Form 10 - Deductible validation>>			
d) Free reserves (excluding revaluation reserves)			
e) C+D (paid up + free reserves)			

Rs in Lakhs

Note:- 1. In case of partnership or proprietary concerns, please indicate capital minus drawings and/or loans to partners/ owners.

2. In case of partnership or proprietary concerns, please indicate the financial position, means and net worth of the partners.

4.2 Deployment of Resources

Particulars	Year prior to preceding year	Preceding year	Current Year
a) Fixed Assets			
b) Plant & Machinery			
c) Office Equipment			
d) Quoted Investments			
e) Unquoted Investments			
f) Details of Liquid Assets			
g) Others			

Rs in Lakhs

(Details of Investments, Loans & Advances made to Associate Companies/Firms where Promoters/Directors have an interest is to be separately given).

4.3 Major Source of Income

<<Applicable for renewals - a) and b) only, others applicable for all>>

Rs in Lakhs

Particulars	Year prior to preceding year	Preceding Year	Remuneration received as percentage of premium
a) Direct insurance remuneration			
b) Reinsurance Remuneration			
c) Advisory fees			
d) Insurance Consultancy			
e) Investment Income			
f) Others			

* As remuneration received by the insurance broker may vary from risk to risk, please indicate range within which remuneration has been received.

4.4 Income and Profit before tax

Income/ Profit Before Tax	Year prior to the preceding year of current year	Preceding Year	Current Year

4.5 Dividends

Particulars	Year prior to the preceding year of current year	Preceding Year	Current Year
a) Amount			
b) Percentage			

Note : Please enclose three years audited annual accounts. Where unaudited reports are submitted, give reasons.

If minimum capital requirement has been met after last audited annual accounts, audited statement of accounts for the period ending on a later date should also be submitted.

5. Other Information, if any

S.1 Details of all settled and pending disputes:

Nature of Dispute	Name of the party	Pending/ settled

S.2 Details, if any of any economic offences by the applicant/ proprietor or any of the Partners/ Directors, or key managerial Personnel in the last three years.

--

6. Document Checklist

Document Checklist		
Document Required	Uploaded Document Name	
DocName1	Attach xxx.doc	Carriage
DocName2	Attach xxx.jpg	Reasons
DocName3	Attach	

7. Fee Payment

A non refundable fee of Rs. XXXXX (depending on broker Category selected in section G.2 above "Category Applicant") will need to be paid to BILU via the payment officers designated to applicant on submitting the online application form.

8. Undertaking

8.1 Whether any person related to applicant has been refused for the license in the Past or Not.

Name of the Persons	Relationship with the Applicant	Training Status

For the purposes of this sub-clause, the expression "directly or indirectly connected" means a relative in the case of an individual, and in the case of a firm or a company, or a body corporate, an associate, a subsidiary, an inter-connected undertaking or a group company of the applicant.

8.2 Qualification and Experience details of the Principal Officer of the applicant

Name	Address	Qualification (including passing Insurance Broker Exam)	Prior Experience (including Insurance Industry)	Previous Employment	Employment Details

8.3 List of employees who will be responsible for soliciting and procuring insurance business

Name	Address	Qualification (including passing Insurance Broker Exam)	Details of the Insurance Business

8.4 Details of the fixed deposit for renewal of license

Name of the Bank	Address	P.O. Number	Amount Held in Deposit	Percentage to Initial Capital	Maturity Date

9. Declaration

THIS DECLARATION IS TO BE SIGNED BY TWO OF THE DIRECTORS, TWO OF THE PARTNERS OR THE SOLE PROPRIETOR AS THE CASE MAY BE.

I/We hereby apply for licence.

I/We have gone through the Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and am/are satisfied that I/We am/ are eligible to apply for the insurance broker's licence.

I/We state that I/We have truthfully and fully answered the questions above and provided all the information which might reasonably be considered relevant for the purposes of my/our licence.

I/We declare that the information supplied in the application form is complete and correct.

I/We undertake that I/We shall not allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person, any rebate of the whole or part of the remuneration earned by me/us during the licence period.

I/We undertake to service the run-off business on the books at the time of cancellation or non renewal of licence.

I/We declare that I/we do not possess an insurance agent licence under section 42 of the Act.

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

Payment Options

Credit Card

Debit Card

Net Banking

(i) On selecting "Credit Card" or "Debit Card", the applicant is asked for the following details:

56961/13-17

Card Number
 Expiration Date
 CVV
 Name on Debit Card
 Net Payment

(ii) On selecting "Net Banking", the applicant is asked for the following details:

Transfer funds from

Amount

FORM B GRANT OF LICENSE TO THE INSURANCE BROKERS

FORM IRDA - B
LICENSE

Important Instructions:
See regulations 11 & 16

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

License No.

1. In exercise of the powers conferred by sub-section (1) of section 42D of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) the Authority hereby grants a licence to _____ to act as _____ broker _____
(Mention details of category)

under that Act.

2. Licence Code for the insurance brol _____

3. This licence shall be valid from _____ to _____

4. This licence is subject to the Act, Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999) and Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules or regulations.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date

Name

FORM C
CERTIFICATE OF RENEWAL OF LICENCE

FORM - IRDA - C
CERTIFICATE OF RENEWAL OF LICENCE

Important Instructions:
(Insurance Brokers) Regulations, 2002

Please Print or Type Characters Only In Capital Letters

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

License No.

- 1 The Licence of M/S Category Broker is hereby renewed under section 13 of Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999(4 of 1999) for the period to
- 2 Issued at Hyderabad on day of Two Thousand
- 3 This Licence is issued subject to the condition that the applicant shall comply with all provisions of the Insurance Act, 1938, IRDA Act, 1999, the Rules and Regulations made thereunder and the Guidelines, Circulars & Direction issued by the Authority from time to time.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date

Name

Place

FORM D**Audit Arrangements for an Insurance Broker****Filters and Parameters**

Year

Broker

Submission On

Submission Due Date

Sl. No.	Name of the Statutory Auditor		Address of the Statutory Auditor		Name of partner responsible for audit of the broker		Name of Internal Auditor (refer Regulation 27)		Address of Internal Auditor		Qualifications (Pick from Dropdown general qualifications)		Experience (No Of Years)		If an employee, to whom does the internal auditor report? during the reporting period		Particulars of charges, if any, during the reporting period	
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

For on behalf of

Director/General of App. Cont.

Name of Applicant

Title/Designation

Date: Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM E

Particulars of persons responsible for soliciting and procuring of insurance or reinsurance business

Particulars and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

Insurance Business

Sl. No.	Name	Address	General Qualification (Pick from Drop Down)	Insurance Qualification (Pick from Drop Down)	Experience (Years)	Training Received (If any)	Number of Policies Handled (Pick from dropdown)	Particulars of Insurance Business	Particulars of Reinsurance Business
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Reinsurance Business

Sl. No.	Name	Address	General Qualification (Pick from Drop Down)	Insurance Qualification (Pick from Drop Down)	Experience (Years)	Training Received (If any)	Number of Policies Handled (Pick from dropdown)	Particulars of Insurance Business	Particulars of Reinsurance Business
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

56961/13-18

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM G**Standing arrangements with other insurance brokers or service providers****Filters and Parameters**

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

#	Name	Address	Particulars of arrangement	*Any agreement entered into with others? Yes/No	Whether service provider is/are from group companies? Yes/No	Basis of remuneration (Please select from the dropdown)	Amount paid during the last financial year
		Country Code	a	b	c	d	e
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

* If ANS to column 'c' is YES, please attach copy of agreement entered with others

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM H

Spread Of Business During The Year Ending

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

#	Name Of The Client	Premium On Direct Insurance Booked for the Client			Premium On Reinsurance Broking In Respect Of That Client's Business		
		Fire	Marine	Miscellaneous	Fire	Marine	Miscellaneous
	Company Code	a	b	c	d	e	f
1							
2							
3							
4							
5							
Total Of All Clients							

Note:

1. The top 5 clients (as defined in regulation 20) should be listed.
2. Where the Broker did not handle 100% of the business, the premiums should be shown for this broker's share. Where the premium is payable in installments, the total premium accounted during the reporting period should be shown.

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM I

Fixed Deposit Details

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

Important

** This information has to be provided for each case in case brokers has kept fixed deposits in more than one bank

#	Name of the Bank	Address	F.D. Number	Amount Held in Deposit	FD Start date	FD End date	FD Amount to Initial Capital Ratio
	Company Code	a	b	c	d	e	f
1							

Note:

1. Confirmation that Lien is marked in favour of IRDA
2. Letter obtained from bank stating that the principal amount shall not be released without permission of authority
3. Whether FD is kept in scheduled bank?
4. Whether license period covered, if not then undertaking given to maintain FD throughout the license period?
5. Whether covered by regulation 2 (1) (i)(v)?

Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No

Do You want to add another record for FD details?
If Yes populate same screen

Yes / No

#	Name of the Bank	Address	F.D Number	Amount Held in Deposit	FD Start date	FD End date	FD Amount to Initial Capital Ratio
	Column Code	a	b	c	d	e	f

Note:

1. Confirmation that Lien is marked in favour of IRDA
2. Letter obtained from bank stating that the principal amount shall not be released without permission of authority
3. Whether FD is kept in scheduled bank?
4. Whether license period covered, if not then undertaking given to maintain FD throughout the license period?
5. Whether covered by regulation 2 (1) (i)(v)?

Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM J

Insurance Bank Accounts of Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year

Submission On

Submission On

Broker

Submission Due Date

Submission Due Date

#	Name and address of the Bank	Type of Account	Bank A/C No.	Purpose of Account	Whether Reg 23(2) (C) complied with	Balance in account as at end of reporting period
	Column Code	a	b	c	(Yes/No) d	e
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

56961/13-19

FORM K

Professional Indemnity Insurance in Force As At

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

#	Name of Insurer providing PI Cover	Policy No./Endorsement No.	Period of Insurance: (From Date)	Period of Insurance: (To Date)	Sums Insured: Per Event (AOA)	Sums Insured: In Aggregate for the Policy Period (AOV)	Basis of Indemnity (On claims made basis or on loss occurring basis)	Deductible:	Premium for the cover:	Whether requirements for the Regulation 24 sub regulation (4) and (5) are complied with? (Yes/No)	Please state The Relevant Percentages
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

For on behalf of

Date: Signature of applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Date: Signature of applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM L

Claims Data for Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

Quarter

Claims Details

#	Please state every event that has come to the company's notice where the company may become liable to pay damages or compensation to clients, whether covered by the professional indemnity policy or not, giving the following information	Date of period of occurrence	Name of client concerned	Nature of event likely to give rise to a claim	Brief description of basis of claim	Intimated or estimated amount of claim	Whether covered by professional indemnity policy	Amount provided by the broker in its books for the claim	Please state date of claim
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1									
2									
3									
4									
5									

Claims Movement

#	Particulars	Total	
		No. of Claims	Claim Amount
	Column Code	a	b
1	Claims pending at the beginning of the quarter		
2	New Claims registered during the quarter		
3	Claims settled/closed during the quarter		
4	Claims rejected during the quarter		
5	Claims pending at the end of the quarter	=1+2-3-4	=1+2-3-4

Aging of pending claims

#	Pending claims aging buckets	Column Code	Total	
			No. of Claims a	Claim Amount b
1	Pending for upto 1 month			
2	Pending for greater than 1 month and upto 3 months			
3	Pending for greater than 3 months and upto 6 months			
4	Pending for greater than 6 months and upto 12 months			
5	Pending for more than 1 year			
Total Pending			=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims

#	Settled claims aging buckets	Column Code	Total	
			No. of Claims a	Claim Amount b
1	Settled for upto 1 month			
2	Settled for greater than 1 month and upto 3 months			
3	Settled for greater than 3 months and upto 6 months			
4	Settled for greater than 6 months and upto 12 months			
5	Settled for more than 1 year			
Total Settled			=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Major Claims Pending - Above 1 Crore

#	Name of Client	Policy No	Claim Amount	Date of loss
	Column Code	a	b	c
1				
2				
3				
4				
5				

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM M

Reinsurance balances outstanding as at--- (End of Financial Year - 31st March)

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

#	Description	Column Code	Amount outstanding for a period of				Total
			0-3 Months a	3-6 Months b	6-12 Months c	Over 12 Months d	
1	Due to ceding companies						
2	Due to reinsurers						
3	Due from ceding companies						
4	Due from Reinsurers						

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Date: Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

D D M M Y Y Y Y Y Y

FORM N**Security screening proceedings for reinsurance broking****Filters and Parameters**

Year

Broker

Submission On

Submission Due Date

Please state the security screening procedures adopted in the brokers office and the person responsible to approve the securities to be used by the broker, and in particular, stating:

Whether the broker obtains and reviews the annual accounts of reinsurers used by it, (Yes/No)

(If answered 'Yes' for previous column)
Who within the organization is responsible for this function?

Procedure followed by the broker to keep abreast of developments in the international markets:

	Column Code	a	b	c
1				
2				
3				
4				

For on behalf of

Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

D D M M Y Y Y Y Y Y

<<Add Rows>>

Associate Company Wise

Sl. No.	Name of the associate company	Address of the associate company	Business or profession	Shareholder's Unique ID (Indian PAN) (Foreign TIN)	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Date of change in shareholding during the period (Amount)	Particulars of changes in shareholding during the period	Regulatory body
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Note:

* Applicable to only partnership or proprietary concerns

For on behalf of

Signature of App. / Partner

Name of Applicant

Title/Designation

Signature of App. / Partner

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor/Director/Partner

Place

Date

FORM P**Board of Directors and management details**

Filters and Parameters

Year

Broker

Submission On

Submission Due Date

Details of the Board of Director/ Principal Officer

Name of the person	PAN No.	Address (Street, House)	City	District	State	Pincode	Profession	Appointment/ Cessation Date	Designation (if holding position)	changes during the period since the last report	Details of Directorship in other entities (if any)
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

Declaration:

1. I am not suffering from any of the disqualifications specified under sub-section (5) of section 42D of the Insurance Act 1938.
2. I am not holding Agency/Surveyor/TPA license
3. I do not hold directorship/employment in/or represent any other insurance related entity
4. I have filed FORM - 32 with ROC (only applicable for directors)

<<Attach scanned copy of affidavit.>>

Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No

Persons in Charge of Management

Name of the person	Address (Street, House)	City	District	State	Pincode	Designation	Shareholding (Share ID)	Qualifications	Experience including insurance experience	Duration of training received
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

[Signature]

Name of Applicant

[Name]

Title/Designation

[Title/Designation]

Digital Signature of Applicant

[Signature]

Name of Applicant

[Name]

Title/Designation

[Title/Designation]

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

[Place]

Date

[Date]

Form Q**Financial data for Insurance Brokers****Filters and Parameters**

Year

Broker

Submission Due Date

Submission On

Income Data

#	Description (Rs. In Thousands)	Column Code	Amount a
1	Direct Insurance remuneration		
2	Reinsurance remuneration		
3	Advisory fees		
4	Insurance consultancy		
5	Investment Income		
6	Others		
	Total		sum (rows)

Investment Data (Investment in groups)

#	Description (Rs. In Thousands)	Column Code	Current year (As per selection) a	Remarks from Statutory Auditor (if Any) b
1	Group Companies			
2	Equity			
3	Debt			
4	Loans/ Advances given directly or indirectly to group companies			
5	Others			
	Total		sum (rows)	

Note

Is there any other information relevant to the financial data of broking firm over an above captured in above forms to be declared explicitly ?
Please attach relevant documents as annexures and enclosures

Yes /No

Action

If Yes, system should enable user to attach relevant documents

Document Checklist

Document Required		Document Checklist		Uploaded Document Name	
✓	DocName1	Attach	xxx.doc	xxx.doc	Remove
	DocName2	Attach	xxx.jpg	xxx.jpg	Remove

For on behalf of

Digitally signed by Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM R

DUPLICATE LICENSE

Important Instructions:
See regulations 11 & 16

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

License No.

1. In exercise of the powers conferred by sub-section (1) of section 42D of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) the Authority hereby grants a licence to

_____ to act as _____ broker

(Mention details of category)

under that Act.

2. Licence Code for the insurance broker is _____

3. This licence shall be valid from _____ to _____

4. This licence is subject to the Act, Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999) and Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules or regulations.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date

Name

Place

56961/13-21

APPLICATION FOR DUPLICATE LICENSE

Application Duplicate License

Important Instructions:
APPLICATION FOR DUPLICATE LICENCE

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

1. I regret to inform you that my/ our licence no. _____ expiry date _____ has been

1. lost (Affidavit giving details of loss and return license on finding the same)
2. destroyed (Affidavit giving details of loss and return license on finding the same)
3. mutilated (Return original license)

by the following circumstances

2. Fee Payment

A non-refundable fee of Rs. 1,000 will need to be paid to IRDA via the e-payment options displayed to applicant on submitting the online application form

3. Declaration

I hereby apply for the duplicate license under regulation 16.

I/ We, therefore request the Authority to kindly issue a duplicate licence in light of the circumstances explained above.

I/ solemnly declare and confirm that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Digital Signature of Director 1

Date:

Name

Place

Digital Signature of Director 2

Date:

Name

Place

Payment Options

Credit Card

Debit Card

Net Banking

(i) On selecting "Credit Card" or "Debit Card", the applicant is asked for the following details:

Card Number

Expiration Date

CVV

Name on Debit Card

(ii) On selecting "Net Banking", the applicant is asked for the following details:

Transfer funds from

FORM 5
Business Data for Insurance Brokers

Fillers and Parameters

Year

Broker

Quarter

Submission On

Submitted Date Date

Insurance Policy Number - 123456789

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

Year	Quarter	Submission On	Submitted Date	Policy No.	Broker Name	Policy Type	Policy Amount	Policy Status	Policy Date	Policy Validity	Policy Premium	Policy Commission	Policy Expense	Policy Profit	Policy Loss	Policy Claim	Policy Settlement	Policy Cancellation	Policy Renewal	Policy Termination	Policy Surrender	Policy Withdrawal	Policy Other

56961/13-22

FROM S (NON-LIFE)
Business Data for Insurance Brokers (Non Life Insurers)

Filters and Parameters

Year

2005

Quarter

Q2

Submission On

Broker

Submission Due Date

Direct Insurance Broking: Non Life Business

#	Type of Business Column Code	No. of Policies a	Premium Amount b	Brokerage c	Brokerage d (c/d)*100
1	Marine Hull				
2	Marine Cargo				
3	Motor				
4	Fire				
5	Health				
6	Engineering				
7	Liability				
8	Misc				

For on behalf of

Director/Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

FORM T

Details of Group companies for an Insurance Broker

Filters and Parameters

Year

Broker

Submission On

Type of Firm

Submission Due Date

#	Name of Company Column Code	Company ID (From PAN, PGI No) (From group Ins ID)	Address	Type of activity handled	Business nature	Relationship with applicant company
1		a	b	c	d	e
2						
3						

For on behalf of

Director/Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date

Class Of Business		Reinsurance Details			Business Details		
Class Of Business	Type	Sub Type	Name Of Reinsurer	URL for Reinsurer	Credit Rating	Premium Amount	Business Details Brokerage Income
(Class Of Business)	(Treaty / Facultative / Retrocessions)	(Quota Share / Surplus / Auto Fac / Excess / CAT Excess / Loss / Stop Loss / Inward / Outward)	Enter the Name of Company (Example GIC / Allianz / New India Assurance etc)	Enter URL of the Reinsurer (As Approved by IRDA)	A rating of at least BBB (with Standard & Poor) or other international rating agency over a period of the past five years	This should be the realized premium amount	User to enter Brokerage income in INR
User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User To Enter Premium amount in INR	User to enter Brokerage income in INR

For on behalf of	
Digital Signature of Applicant	
Name of Applicant	
Title/Designation	
Digital Signature of Applicant	
Name of Applicant	
Title/Designation	
Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner	
Place	
Date	